Nr 23. Kraków, 9. czerwca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVI. Kraków, 9. czerwca 1917. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala rezerwowego Galicyjskiego Czerwonego Krzyża we Lwowie.

O tak zwanem otwartem leczeniu ran ropiejących.

Napisał

Franciszek Chomicki,
sekundaryusz szpitala.

Spostrzeżenia chirurgów z ubiegłych dwóch lat dowodzą, że liczba ran postrzałowych zakażonych i ropiejących przewyższa liczbę ran czystych. Prawie wszystkie zranienia, sprawione pociskami armatnimi i granatami ręcznymi, są zakażone; bardzo zaś często ulegają zakażeniu, zwłaszcza wtórnemu, także rany, zadane bronią palną ręczną.

Ta wielka i nieoczekiwana ilość ran ropiejących wywołała dążność do ulepszenia sposobów leczenia tych ran. Powszechnie dziś używane opatrunki *przykrywające* czyli *osłaniające*, aseptyczne lub antyseptyczne z materyałów hydrofilnych, okazują się w niektórych przypadkach niewystarczające. Rana ciągle obficie wydziela ropę, często cuchnącą, chory gorączkuje, a stan ogólny jego stale podupada. Widzimy w tych przypadkach, że pokłady gazy i waty odtłuszczonej, które w eksperymencie doskonale wchłaniały wodę, a nawet wodne rozczyny białka, nasiąkają ropą tylko w warstwach, bezpośrednio przylegających do skóry, jakkolwiek równocześnie duże ilości ropy zalegają w zaułkach rany i rozlewają się po skórze w otoczeniu rany. Prawdopodobnie z powodu wielkiej ilości upostaciowanych składników (komórek) w ropie, gaza i wata hydrofilna są dla niej prawie nieprzenikliwe. Wskutek tego przy obfitej wydzielinie już w parę godzin po założeniu opatrunku przykrywającego chory ma na sobie istny »okład z ropy« (Klapp).

Tej stagnacyi ropy zapobiedz możemy w sposób bardzo prosty, pozostawiając ranę zupełnie *nieowiniętą*, lub poprzestając na założeniu opatrunku, *ochraniającego* ją od szkodliwych wpływów świata zewnętrznego. Sposoby te, metodycznie stosowane, nazywamy *otwartem leczeniem* ran.

Historya otwartego leczenia ran ropiejących sięga czasów przedaseptycznych. Na wiele lat przed Listerem Vinces v. Kern (około r. 1818) pozostawiał metodycznie rany po amputacyach bez jakichkolwiek opatrunków. Później w okresie rozwijającej się i doskonalącej antyseptyki i aseptyki z przyczyn, łatwych do zrozumienia, o metodzie tej zapomniano niemal całkowicie. Helioterapia bowiem, stosowana wobec wrzodów gruźliczych, nie ma właściwie nic wspólnego z otwartem leczeniem ran zakażonych. Jedynie Wilhelm Dosquet, kierownik szpitala w Norden w okolicy Berlina, kultywował tę metodę od 11 lat. Dosquet jednak, jak to z pracy jego wynika, ceni bardziej w metodzie tej leczniczy wpływ swobodnie przed raną krążącego powietrza, aniżeli odpadnięcie opatrunku przykrywającego.

Dopiero w ciągu bieżącej wojny otwartem leczeniem ran zajęli się z powrotem chirurdzy, o czem świadczy ogłoszonych przeszło dwadzieścia rozpraw, stale zachwalających tę metodę, z wyjątkiem jednej jedynej rozprawy Seefischa, który tę metodę naogół ujemnie ocenia.

Z rozpraw powyższych wysnuć można ten wniosek, że z chirurgicznego punktu widzenia w otwartem leczeniu ran zakażonych przedewszystkiem ma znaczenie moment mechaniczny, t. j. odpadnięcie czynnika, przeszkadzającego zupełnie swobodnemu odpływowi ropy z rany, jakim może być najlepiej nawet założony opatrunek przykrywający. Zresztą nie lekceważą sobie bynajmniej korzystnego wpływu klimatu i światła (słonecznego lub sztucznego) na rany i rannych. W wielu przypadkach jednak i bez współudziału tych dwóch czynników obejść się możemy lub musimy.

Myśl podstawna technicznej strony otwartego leczenia ran leży w tem, by pozostawić między raną, będącą źródłem ropy, a opatrunkiem, mającym ją ochraniać od niekorzystnych wpływów zewnętrznych, zupełnie wolną przestrzeń, którąby ropa mogła stale, niczem nie krępowana, ściekać.

Jeżeli możemy przez odpowiednie przeprowadzenie cięć, lub przez ułożenie, w zranionej okolicy ciała stworzyć najkorzystniejsze warunki dla odpływu ropy, to otwarte leczenie będzie dla chorego zawsze korzystniejsze, niż leczenie w opatrunkach przykrywających. Samo jednak założenie opatrunku ochraniającego wymaga od leczącego większej pomysłowości, niż założenie opatrunku przykrywającego.

Niezależnie od analogicznego postępowania Kruga i Lörchera, wpadłem na pomysł improwizowania niektórych opatrunków ochraniających z wiórów (torniru). Odpowiednio długi pasek wióra, 2—4 cm szeroki, zwijam w kółko, którego średnica zależy od wielkości rany. Kółko to otaczam następnie paskiem waty, szerszym od wióra. Wystające brzegi waty zawijam ponad krawędziami wióra do środka kółka (rysunek 1).



Rys. 1.

W ten sposób zapobiegam z jednej strony rozkręcaniu się wióra, z drugiej zaś wyścielam miękką podściółką brzegi kółka, co chroni chorego od ugniecenia. Po ułożeniu

tak owiniętego kółka dookoła rany ustalam je w jego położeniu kawałkiem gazy, rozpostartej ponad tem kółkiem, a do skóry przylepionej mastisolem. Kółko i otoczenie przykrywam watą, którą znowu umocowywam zwyczajną opaską.

Opatrunek taki zakładaliśmy z powodzeniem na rozmaite okolice ciała. Jedynie na plecach i pośladkach sprawiał on chorym pewne dolegliwości, które usunąć można było przez grube wyścielenie całej okolicy watą, lub przez rozsunięcie materaców, tak, aby powstała szpara, w której kółko pomieścićby się mogło.

W przypadkach zaś, w których kółka zastosować nie mogłem, a istniało wskazanie do leczenia otwartego, rany zgoła nie owijałem, ochraniając ją tylko z większej odległości odpowiedniemi urządzeniami. Kończyny z postrzałami niepowikłanymi zawieszaliśmy na temblakach, przymocowanych do drążka, opartego o oba przyczółki łóżka (rys. 2).



Rys. 2.

Podłożywszy na łóżku w odpowiedniem miejscu ceratkę lub tackę na ropę, przewieszałem przez drążek płat gazy odpowiedniej wielkości lub prześcieradło, które, przymocowane następnie do pościeli, tworzyły namiot, ochraniający kończynę zawieszoną i zamykający do rany dostęp muchom, pyłowi i t. d.

Ułożenie to wywołuje po pewnym czasie mierne przekrwienie bierne, które w tych przypadkach jest tylko pożądane. Przy ropiejących złamaniach kości stosujemy wyciągi na kończynę zawieszoną lub opatrunki gipsowe z oknami. Przy zakażonych złamaniach postrzałowych kończyn dolnych stosowano albo szyny wyciągowe, umożliwiające choremu chodzenie, lub przyrządy wyciągowe, dostosowane do łóżka. Często dopiero w łóżku można było kończynę tak ułożyć, aby odpływ ropy z rany był rzeczywiście zupełnie swobodny.



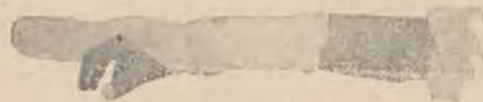
Rys. 3.

Bardzo dobre wyniki dawało »otwarte leczenie« przy opatrywaniu kikutów poamputacyjnych. Ostatecznie i w tych przypadkach wykonalny jest opatrunek z wióra. Wygodniejsze są tu jednak odpowiednie kosze druciane. Przy opatrywaniu ran stopy i ręki używałem również »koszów«, improwizowanych z szyn Kramera (rys. 3).

Na palce przy zastrzałach i t. p. stosuję ochrony z drutu, wyginane również »w domowym zarządzie« (rys. 4a i 4b). W razie potrzeby, zapobiegam ewentualnym przykurczeniom palców przez podłożenie odpowiedniej deseczki lub tektury.



Rys. 4 a.



Rys. 4 b.

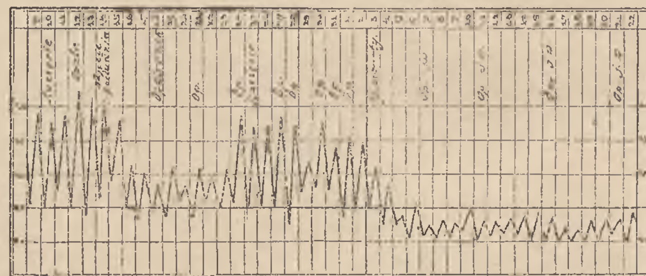
Zaletą otwartego leczenia ran jest i to, że przy tej metodzie rzadziej musimy zmieniać opatrunki i że zmiana opatrunku nawet w przypadkach zakażonych złamań kości kończyn jest prawie bezbolesna.

Jak zaś korzystnie leczenie to wpływa na przebieg zakażenia, okazuje się najwybitniej z krzywych ciepłoty następujących trzech przypadków:

1) F. A. K., lat 21, szeregowiec, jeniec. Raniony 6. VIII. Pierwszy opatrunek założył żołnierz-sanitaryusz, drugi lekarz. Przyjęty 9. VIII.

Rozpoznanie: Ropowica gazowa po niepowikłanym postrzale goleni lewej.

Leczenie: 9. VIII. nacięcie ropowicy. 14. VIII. amputacya goleni. 25. VIII. nacięcie ropni uda. 3. IX. zastosowanie opatrunku otwartego (rys. 5).

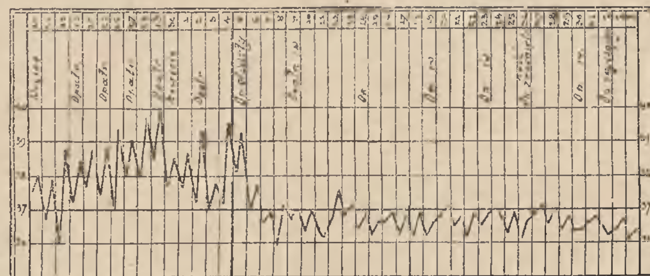


Rys. 5.

2) A. B., lat 23, szeregowiec. Raniony 18. IX. Pierwszy opatrunek w rowie strzeleckim założył sanitaryusz. Przyjęty 20. IX.

Rozpoznanie: Strzaskanie postrzałowe kości uda prawego w górnej $^{1}/_{3}$. Ropowica.

Leczenie: 20. IX. opatrunek wyciągowy. 30. IX. nacięcie ropowicy. 5. X. opatrunek otwarty (rys. 6).

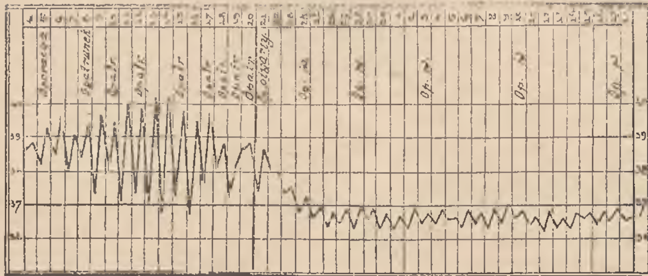


Rys. 6.

3) M. C., lat 28, podoficer. Raniony 21. VIII. Pierwszy opatrunek w szpitalu dywizyjnym założył sanitaryusz. Przyjęty 4. IX.

Rozpoznanie: Strzaskanie postrzałowe górnej nasady kości piszczelowej. Zapalenie stawu kolanowego lewego, ropowica uda i goleni. Rana postrzałowa szarpana dłoni.

Leczenie: 5. IX. nacięcie ropowicy goleni i uda, usunięcie odłamków kostnych, artrotomia. Odjęcie palca I, III i IV ręki prawej. 21. IX. Ręka goi się dobrze, na nogę zastosowano leczenie otwarte (rys. 7).



Rys. 7.

Otwartym sposobem leczyliśmy w szpitalu ogółem około stu rannych. Spadek gorączki, tak wybitny w opisanych wyżej przypadkach, występował prawie zawsze bezpośrednio po zmianie typu opatrunków.

Obok tych zalet ma »leczenie otwarte« pewne wady. Podnoszone z niektórych stron, jako »minus«, zasychanie na brzegach rany wydzieliny ropnej w strupy, co utrudnia narastanie naskórka i ułatwia zaleganie ropy pod strupem, w naszych przypadkach okazało się niemal bez znaczenia. Nawet w tych razach, w których opatrunek zmienialiśmy co 7 dni (rys. 7), zdjęcie narosłego strupa nie przedstawiało żadnych trudności i strup niczem nie zaznaczył niekorzystnego wpływu na gojenie się rany.

Natomiast podkreślić należy: 1) że założenie opatrunku ochraniającego w jakiejkolwiekbądź formie jest naogół kłopotliwsze, niż założenie opatrunku przykrywającego, 2) że w opatrunku ochraniającym ranni są często mniej swobodni, niż w opatrunkach zwyczajnych, 3) że przy użyciu »otwartego leczenia« ran łatwiej zdarza się zanieczyszczenie bielizny i pościeli, niż przy założonym szczelnie opatrunku przykrywającym, skutkiem czego niebezpieczeństwo przypadkowego zakażenia sąsiadów jest większe, 4) że pozostawiać można rany bez opatrunku tylko u jednostek inteligentniejszych, które dotykaniem swych ran szkodzić sobie nie będą.

Mimo te wady, korzyści, dające się otwartem leczeniem osiągnąć, są tak wyraźne, że w każdym przypadku uporczywego, złośliwego ropienia ran — nietylko postrzałowych — powinniśmy przynajmniej spróbować tej metody, zanim przedsięweźmiemy cokolwiek innego, coby chorego narazić mogło na nieodwołalne kalectwo.

Piśmiennictwo. 1) Asbeck: Münch. m. Woch. 1917, Nr 2. — 2) Bernhard: Münch. m. W. 1904. — 3) Braun prof.: Münch. m. W. 1916, Nr 39. — 4) Dosquet W.: a) Deutsche m. W. 1916, Nr 12. b) Die offene Wundbehandlung und Freiluftbehandlung. Leipzig 1916. Thieme. — 5) Deutschländer: Deut. m. W. 1915, Nr 42. — 6) Emmert: Arch. f. klin. Chir. XVIII. — 7) v. Esmarch: Handbuch der kriegschirurgischen Technik. — 8) Grunert und Mohr: Münch. m. W. 1916, Nr 11. — 9) Härtel: Münch. m. W. 1915, Nr 11. — 10) Krug: Münch. m. W. 1915, Nr 36. — 11) Klapp: Münch. m. W. 1916, Nr 12. — 12) Lörcher: Münch. m. W. 1915, Nr 42. — 13) Schede: Münch. m. W. 1914, Nr 42. — 14) Springer: Münch. m. W. 1915, Nr 10.— 15) Schlössmann: Münch. m. W. 1915, Nr 48. — 16) Strubel: Münch. m. W. 1917, Nr 2. — 17) Seefisch: v. Bruns Beitr. 1916, Bd. 100. — 18) Wild: Münch. m. W. 1916, Nr 19. — 19) Weissenberg: Deut. m. W. 1915, Nr 40. — 20) Waltzel: Zur Frage der offenen Wundbehandlung speziell bei Granatverletzungen.

Ze szpitala garnizonowego Nr 14. we Lwowie.

Studya do obrazu zapalenia nerek.

II.

Wyniki badania sprawności każdej nerki z osobna w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Podali

Prof. Dr Maryan Franke i Dr Franciszek Mehrer.

(Dokończenie).

IV. Ż. Paweł, 45 lat, chory od tygodnia. Stan obecny: W początku stan gorączkowy; ogólny obrzęk średniego stopnia, rozlany nieżyt oskrzelowy; w sercu objawy miernego przerostu lewej komory i rozszerzenie aorty; tętno 66 uderzeń na minutę. Mocz: Z początku ilość moczu bardzo mała, w czasie cystoskopii prawidłowa; białko = 4‰, w dalszym przebiegu tylko ślady, w czasie cystoskopii 0·5‰; w osadzie liczne ciałka czerwone krwi, wałeczki szkliste, ziarniste i nabłonkowe, pod koniec osad bardzo mały. Rozpoznanie: Glomerulonephritis acuta.

Cystoskopia, wykonana w piątym tygodniu pobytu chorego w szpitalu, w okresie wygajania się zapalenia nerek: Pojemność pęcherza i błona śluzowa jego prawidłowa, wprowadzenie cewników łatwe. Po wprowadzeniu cewników do moczowodów: w danym czasie z prawej nerki wydziela się znacznie więcej moczu, niż z nerki lewej; po wstrzyknięciu indygokarminu: w 19 minut mocz z nerki prawej jest wybitnie niebiesko zabarwiony, z lewej zaś znacznie słabsze zabarwienie, chociaż zabarwienie obustronnie niezbyt silne; po 25 min. zabarwienie moczu obustronnie równe; po 36 minutach obustronnie zabarwienie stale równe, lecz nigdy nie jest ono zbyt silnie niebieskie.

Mocz	nerka prawa	nerka lewa
ilość:	po prawej znacznie większa niż po lewej	
barwa:	bladożółta	mięsista
przejrzystość:	nieco mętny	mętny
oddziaływanie:	kwaśne	kwaśne
białko:	+.... 0·5‰	+.... 0·5‰
jod:	silnie dodatni — +++	bardzo słabo dodatni — +
osad:	pojedyncze wałeczki szkliste, ziarniste, nabłonki nerkowe i ciałka czerwone krwi	liczne ciałka czerwone krwi, liczne wałeczki szkliste i ziarniste, nieliczne nabłonki nerkowe
zabarwienie indygowe:	obustronnie występuje opóźnione wcześniej wybitnie niebieskie zabarwienie	później wyraźne zabarwienie niebieskie

V. Tr. Marek, lat 30, chory od tygodnia. Stan obecny: Obrzęk ogólny znaczny, bronchitis; w sercu objawy lekkiego rozszerzenia lewej komory serca; tętno 60 uderzeń na minutę. Mocz: W początku ilość około 300 cm^3, białko = 6‰, osad zawiera liczne ciałka czerwone, nieliczne ciałka białe krwi, liczne wałeczki szkliste i ziarniste, nabłonki nerkowe; następnie ilość białka spada do 0·5‰, a w osadzie stwierdza się parę ciałek czerwonych, wałeczków szklistych i ziarnistych. Rozpoznanie: Glomerulonephritis acuta.

Cystoskopia, wykonana w czwartym tygodniu pobytu chorego w szpitalu, w okresie wygajania się sprawy zapalnej: Pęcherz prawidłowy, pojemność jego prawidłowa; po wprowadzeniu cewników do moczowodów: ilość wydzielanego moczu w danym czasie obustronnie równa; po wstrzyknięciu indygokarminu: w 7 minut niebieskie zabarwienie moczu rozpoczyna się po stronie lewej; w 8½ min. zabarwienie niebieskie występuje po stronie prawej; po 9½ min. zabarwienie wyraźne po stronie lewej, po 11·5 min. po stronie prawej, lecz stale zabarwienie po stronie lewej jest silniejsze, niż po stronie prawej; po 30 min. zabarwienie moczu po stronie prawej stale słabsze, niż po stronie lewej.

Mocz	nerka prawa	nerka lewa
ilość:	obustronnie mniej więcej równa	
barwa:	żółta z odcieniem różowym	żółta z odcieniem różowym
przejrzystość:	wybitnie mętny	mętny
oddziaływanie:	kwaśne	kwaśne
białko:	++... 1·5‰	++... 1·5‰
jod:	słabo dodatni — +	b. silnie dodatni — +++
osad:	liczne ciałka czerwone krwi, dość liczne wałeczki ziarniste i nabłonkowe, nieliczne nabłonki nerko e	świeże ciałka czerwone krwi, pojedyncze wałeczki szkliste i nabłonki nerkowe
zabarwienie indygowe:	występuje nieopóźnione później zabarwienie słabo niebieskie	wcześniej zabarwienie niebieskie

VI. O. Piotr, lat 32, dotychczas nie chorował na nerki, obecnie chory od 3 dni. Stan obecny: Ciepłota nie podwyższona; ogólny obrzęk średniego stopnia, rozlany nieżyt oskrzeli; w sercu mierne rozszerzenie tętnicy płucnej, wzmocnienie II tonu nad tętnicą główną; tętno 72 uderzeń na minutę. Mocz: W początku ilość moczu bardzo znacznie zmniejszona; białko = 2·6‰, w osadzie liczne ciałka czerwone krwi, nieliczne ciałka białe krwi, liczne wałeczki szkliste i ziarniste; w dalszym przebiegu ilość białka zmniejszała się stale, a w ostatnich dwu tygodniach mocz był stale bez białka i osadu. Rozpoznanie: Glomerulonephritis acuta.

Cystoskopia, wykonana w piątym tygodniu pobytu chorego w szpitalu, w okresie wygajania się sprawy nerkowej: Pojemność pęcherza prawidłowa. Po wprowadzeniu cewników do moczowodów w danym okresie czasu wydziela się stale rytmicznie obustronnie równa ilość moczu; po wstrzyknięciu indygokarminu: w 7 min. rozpoczyna się równocześnie po obu stronach niebieskie zabarwienie moczu, wybitne zwłaszcza po 9 min., lecz mocz ze strony lewej ma odcień zielonawy, gdy z prawej jest czysto niebiesko zabarwiony; po 18 min. mocz i po stronie lewej przybiera zabarwienie wyraźnie czysto niebieskie.

Mocz	nerka prawa	nerka lewa
ilość:	obustronnie równa	
barwa:	jasnożółta	jasnożółta
przejrzystość:	nieco mętny	mętny
oddziaływanie:	kwaśne	kwaśne
białko:	+....0·9‰	+....0·8‰
jod:	dodatni — ++	słabo dodatni — +
osad:	pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste	pojedyncze ciałka czerwone krwi i wałeczki szkliste
zabarwienie indygowe:	występuje równocześnie, nieopóźnione niebieskie	naprzód niebieskie z odcieniem zielonawym, potem niebieskie

Przy zestawieniu uzyskanych wyników osobno omówimy dwa pierwsze przypadki, w których badanie sprawności przeprowadziliśmy w początkowym ostrym okresie zapalenia nerek (akme), a osobno następne cztery przypadki, w których badanie wykonano w okresie wygajania się sprawy nerkowej, bo w obu tych grupach wyniki badań różnią się znacznie od siebie.

Na podstawie badania pierwszych dwu przypadków widzimy, że w ostrym okresie zapalenia nerek czynność jest w obu nerkach równomiernie upośledzona. W I przypadku nie stwierdzamy różnic w zachowaniu się moczu, wydzielanego z każdej nerki z osobna: ilość moczu, zawartość białka, zachowanie się osadu, są obustronnie jednakowe. Przy badaniu czynnościowem zaburzenie czynności nerek jest również obustronnie jednakowe; po wprowadzeniu jodku potasowego przez przewód pokarmowy wydzielanie jodu z moczem jest obustronnie upośledzone, lecz po obu stronach jednakowe; po śródmięśniowem wstrzyknięciu indygokarminu zabarwienie moczu występuje obustronnie jednakowo później, niż w stanie prawidłowym, a przytem zabarwienie jest obustronnie bardzo słabe, lecz równie ledwo zaznaczone. Mniej typowe zaburzenia stwierdzamy w II przypadku, prawdopodobnie z tego powodu, że badanie nasze w tym przypadku przeprowadziliśmy nieco później, niż w przypadku pierwszym; a mianowicie w I przypadku badaliśmy chorego po ukończeniu pierwszego tygodnia, a w II po ukończeniu drugiego tygodnia trwania sprawy chorobowej. W II przypadku przy zwykłem badaniu moczu stwierdzamy większą ilość białka w moczu nerki lewej, przy próbie jodowej zawartość jodu w moczu po stronie lewej jest mniejsza, niż po stronie prawej; innych zaś różnic nie znajdujemy w tym przypadku, bo przy próbie indygokarminowej zabarwienie moczu doznaje obustronnie jednakowego opóźnienia, a zabarwienie samo jest bardzo słabe i to zielonawe, nie niebieskie; w tym przypadku stwierdzamy już pewną różnicę zabarwienia strony prawej od lewej.

Inaczej zupełnie przedstawiają się przypadki następne, w których badanie nerek przeprowadzaliśmy w okresie wygajania się zapalenia nerek. Przypadek III, IV, V, VI, były przez nas badane w czasie, kiedy objawy ostre już uspokoiły się, kiedy obrzęki i inne cechy stanu ostrego ustąpiły zupełnie, kiedy stan podmiotowy był zupełnie dobry, a tylko w moczu można było wykazać mniej lub więcej wyraźne objawy istniejącego, cofającego się zapalenia nerek, przy prawidłowej dobowej ilości moczu.

W tych wszystkich przypadkach badanie czynności nerek wykazuje różnice między zachowaniem się jednej i drugiej strony, które idą mniej więcej równolegle z czasem trwania sprawy chorobowej. Najbliżej był ostrego stanu zapalenia, a zarazem najwybitniejsze różnice wykazuje przypadek III: przy zwykłem badaniu widzimy, że nerka prawa w tym samym czasie wydziela trzy razy więcej moczu, niż lewa, a mocz z nerki prawej zawiera mniej białka i osadu, niż z lewej; po podaniu jodku sodowego nerka prawa wydziela większe ilości jodu; próba jodowa w moczu jest wybitniejsza po stronie prawej mimo znaczniejszej ilości moczu, wydzielanego z tej strony: po wstrzyknięciu indygokarminu występuje po stronie prawej niebieskie zabarwienie moczu w odpowiednim czasie, po stronie lewej zaś jest ono znacznie opóźnione. Podobne zaburzenia okazuje przypadek IV: ilość moczu, wydzielonego w danym okresie czasu przez nerkę prawą, jest znacznie większa, niż przez lewą; zabarwienie moczu z nerki prawej jest prawidłowe, ilość osadu mniejsza, tylko zawartość białka jest równa stronie lewej; po podaniu jodku sodu ilość jodu, wydzielanego w moczu, jest w tym samym okresie czasu znacznie większa po stronie prawej, a próba jodowa mimo większych ilości moczu jest po prawej znacznie wyraźniejsza; po indygokarminie zabarwienie niebieskie moczu występuje wprawdzie obustronnie później, niż prawidłowo, lecz mocz nerki prawej uzyskuje odpowiednie zabarwienie niebieskie znacznie prędzej, niż po stronie lewej; wogóle jednak zabarwienie niebieskie moczu obustronnie nigdy nie przybiera tonu zbyt nasyconego. Mniej wybitne różnice spotykamy w przypadku V, w którym wprawdzie ilość osadu po stronie lewej jest mniejsza, ilość wydzielanego jodu po tej samej stronie znacznie wybitniejsza, a po indygokarminie mocz po stronie lewej jest wybitniej niebiesko zabarwiony, niż po stronie prawej; choć obustronnie występuje ono w odpowiednim czasie, lecz ilość moczu wydzielonego w danym okresie czasu i zawartość białka są obustronnie równe. W ostatnim, to jest w VI przypadku powoli zaciera się różnica między obu stronami, chociaż jeszcze przecież jest zaznaczona. Przy zwykłem badaniu moczu widzimy tylko, że osad moczu jest nieznacznie mniej obfity po stronie prawej, a ilość moczu i zawartość białka jest obustronnie równa; po podaniu jodku sodowego wydzielanie jodu z nerki prawej jest większe, a po indygokarminie wprawdzie zabarwienie moczu po obu stronach występuje w jednym czasie

i nie jest opóźnione, lecz w początkach przynajmniej mocz strony lewej okazuje odcień zielonawy, przy odpowiednio niebieskiem zabarwieniu moczu z nerki prawej; dodamy, że pod koniec doświadczenia różnica ta znika zupełnie.

Zbierając razem wyniki naszych doświadczeń, możemy twierdzić w ogólności, że badanie czynnościowe każdej nerki z osobna w przebiegu ostrego kłębkowego zapalenia nerek wykazuje znaczne różnice w ich zachowaniu się, zależnie od okresu, w którym wykonano badanie. Na szczycie zapalenia nerek zaburzenie głębszej czynności nerek jest bardzo znaczne i przebiega równolegle do znacznych zmian, stwierdzanych w moczu zwykłymi sposobami badania. Oprócz znacznego ograniczenia ilości wydzielanego moczu, dużych ilości białka, obfitego, nieprawidłowego osadu moczowego, i wydzielanie ciał, obcych ustrojowi, jak indygokarminu i jodu, jest w tym okresie znacznie upośledzone, na dowód znacznego obniżenia ogólnej czynności nerek; zaburzenie w czynności nerek w tym okresie dotyczy przy tem obu nerek w jednakowym stopniu; jednostronnych różnic nie spotyka się tu wcale.

Ten stosunek zmienia się odrazu z chwilą, gdy w nerkach nastaje uspokajanie się zapalenia i naprawa stosunków nieprawidłowych. W okresie poprawy stanu zapalnego stwierdzamy wprawdzie również mniej lub więcej wybitne zaburzenia czynności nerek, lecz w miarę poprawy występują wybitne różnice w zachowaniu się nerki jednej i drugiej strony. W tym czasie ilość wydzielonego moczu może być jednostronnie, i to znacznie większa, zawartość białka i osadu może być nierówna, i to mniejsza, po stronie zwiększonej ilości moczu; zwłaszcza zaś próby czynnościowe nerek wykazują wybitnie jednostronną przewagę zaburzenia: wydzielanie przedewszystkiem jodu, a następnie i barwików jest po jednej stronie również szybsze i znaczniejsze, niż po stronie przeciwnej. Na podstawie tych spostrzeżeń możemy twierdzić, że po przejściu największego nasilenia ostrego zapalenia nerek, gdy sprawa zaczyna się uspokajać, dochodzi przedewszystkiem do restytucyi jednostronnej, do powrotu czynności najprzód jednej nerki, gdy druga tymczasem jeszcze okazuje objawy zaburzenia, spotykane w okresie ostrym. Pierwszą przytem cechą poprawy czynności danej nerki jest zwiększenie przepuszczalności dla płynów, czego wyrazem jest jednostronne zwiększenie się ilości moczu; równocześnie z tem spostrzegamy jednostronne zwiększenie wydzielania jodu po wewnętrznem zażywaniu jego przetworów, aż do prawidłowego wydzielania jodu drogą nerek, które poprawia się równolegle z wygajaniem się stanu zapalnego w nerkach. Nieco później zwiększa się jednostronnie przepuszczalność nerki dla barwików, jak np. indygokarminu. Nie chcemy wprawdzie na podstawie tych spostrzeżeń odważyć się na stanowcze twierdzenie, że przy wygajaniu się ostrego kłębkowego zapalenia nerek, przy którem nietylko kłębki, ale zawsze i cewki nerkowe są sprawą zapalną dotknięte, restytucya rozpoczyna się przedewszystkiem w kanalikach, a następnie dopiero w kłębkach nerkowych. Do tego twierdzenia uprawniałoby nas spostrzeżenie z okresu wygajania się zapalenia nerek, a mianowicie obecność prędszego powrotu zdolności nerek do wydzielania jodu, niż barwików, jak indygokarminu. Fakt zdolności cewek do szybszej poprawy przy ostrem zapaleniu nerek jest zgodny z dotychczasowemi naszemi zapatrywaniami o większej uraźliwości (vulnerabilitas) kłębków nerkowych. Dodam, że w dalszym przebiegu sprawy, w miarę wygajania się jej, zaciera się ta różnica między wydzielaniem jednej a drugiej strony, w pewnym stopniu jednak mogliśmy ją stwierdzić we wszystkich przypadkach, nawet i w przypadku ostatnim, który był badany tuż przed okresem zupełnego wyleczenia stanu zapalnego.

Dodać musimy, że nie mieliśmy sposobności badania przypadków ostrego zapalenia nerek przed szczytem choroby, w pierwszych paru dniach sprawy chorobowej, jakoteż i nie mogliśmy natrafić na przypadek w ostatnich dniach przed zupełnem wyleczeniem zapalenia, to jest tuż przed zupełnem zniknięciem białka z moczu. Przeprowadzenie naszych badań w tych przypadkach byłoby ważne dla rozstrzygnięcia pytania, czy w samym początku zapalenia nie zaczyna się ono jednostronnie i czy nie znajdziemy okresu końcowego, w którym zapalenie nerek jest jakiś czas jednostronne, a może i pozostaje jakiś czas czynnościowo jednostronne.

Spostrzeżenia nasze jednostronnej przewagi zaburzenia czynności nerek w okresie wygajania są nietylko teoretycznie ciekawe, lecz mają one zarazem znaczenie praktyczne i mogą nam wytłómaczyć nieraz dziwne obrazy kliniczne, w których poprawa zapalenia nerek postępuje szybko dalej (obrzęki i objawy mocznicy ustępują zupełnie) mimo, że w moczu stwierdzamy zbyt wybitne zmiany patologiczne w stopniu niezmiennym. Jasnem jest, że w tych przypadkach jedna z nerek, której czynność choć w części uległa poprawie, obejmuje na siebie zastępczo ciężar wydzielania płynów i we krwi nagromadzonych ciał toksycznych. Tu leży przyczyna znikania obrzęków i objawów zatrucia ustroju, chociaż suma wyniku badania moczu, wspólnego z obu nerek, nie wskazuje jeszcze na wybitną restytucyę czynności nerkowej. Jako rzecz klinicznie wielkiej wagi musimy podnieść właśnie fakt, że w przypadkach ostrego zapalenia nerek jedna nerka, która prędzej odzyskuje swą zdolność wydzielniczą, może zastąpić w czynności nerkę drugą, która jest jeszcze w stanie znacznego upośledzenia czynności. Badania nasze, jak widzimy, dały przedmiotową podstawę dla zrozumienia tych wyżej wspomnianych, nieraz niejasnych przypadków znacznej poprawy objawów ogólnych przy utrzymywaniu się znacznego stopnia objawów patologicznych w moczu. To pytanie było jednym z głównych celów naszych badań, podjętych w przypadkach ostrego zapalenia nerek.

Streszczenie: Badanie czynnościowe każdej nerki z osobna w przypadkach ostrego kłębkowego zapalenia nerek wykazuje, że na szczycie zapalenia zaburzenie czynności nerek jest obustronnie równe; w okresie wygajania się zapalenia natomiast powrót czynności w obu nerkach jest nierównomierny; nerka, która wcześniej odzyskała swą zdolność wydzielniczą, może drugą zastąpić w jej czynności i sama objąć wydzielanie przeważnej ilości płynów i ciał toksycznych; badania nasze przy tem wskazują na to, że sprawa wygajania się toczy się naprzód w cewkach, a następnie dopiero w kłębkach nerkowych.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 31 stycznia 1917.

Przewodniczy: Kol. prezes Ciechanowski. Obecnych członków 25.

1) Po odczytaniu protokółu z poprzedniego posiedzenia zawiadamia prezes kol. Ciechanowski, że w imieniu Towarzystwa wysłał I. Zjazdowi medycyny wojennej w Warszawie wyrazy powitania i życzenia pomyślnych i obfitych w plony obrad. Przyjęto do wiadomości.

2) Prezes kol. Ciechanowski zdaje sprawę z bytności w Wiedniu delegacyi Izb i Towarzystw lekarskich krajowych i z konferencyi z prezesem Koła polskiego JE. Drem Bilińskim i ministrem dla Galicyi JE. Drem Bobrzyńskim w sprawie postulatów

w zakresie sanitarnym, związanych z wyodrębnieniem Galicyi, a uchwalonych na posiedzeniu Towarzystwa d. 17 stycznia 1917. Postulaty przyjęto z zainteresowaniem i życzliwością; trudności mogą się jednakże wyłonić przy układach z rządem. W szczególności można mieć nadzieję, że polska reprezentacya uwzględni wyodrębnienie ustawodawstwa sanitarnego dla Galicyi, wyodrębnienie administracyi sanitarnej krajowe, a rozpatrzy żądanie samoistnej centralnej władzy sanitarnej krajowej.

Wątpliwości istnieją w sprawie zabezpieczenia instytucyom lekarskim wpływu na ustawodawstwo przez osobną reprezentacyę ich w ciałach ustawodawczych krajowych, a to z tego powodu, że jeszcze niewiadomo, jaki ustrój mieć będą te ciała ustawodawcze. Co do żądania zwołania ankiety, to minister dla Galicyi i prezes Koła polskiego oświadczyli gotowość wysłuchania w każdej chwili wyników obrad sfer lekarskich. Delegacya konferowała następnie jeszcze z szefem sekcyi w ministerstwie dla Galicyi Dr Twardowskim. — Sprawozdanie to przyjęto do wiadomości.

3) Kol. Nowaczyński wygłosił wykład: **O wrzodzie dwunastnicy.** (Drukowano w Roczniku lekarskim T. III. zesz. II).

Dyskusya: a) kol. Herman Hirsch: Wrzód dwunastnicy zdarza się znacznie częściej, niż ogólnie jest przyjęte. Objawy jego są niestałe, przedmiotowe badanie daje mało wyników pozytywnych. Pod względem wyleczenia rokowanie jest lepsze, niż przy wrzodzie żołądka.

b) Kol. Glassner zapytuje, czy kol. Nowaczyński nie zauważył przy wrzodach dwunastnicy charakterystycznych przeczulic skórnych, jakie zdarzają się w toku różnych spraw chorobowych, toczących się w narządach głęboko położonych.

c) Kol. Oszacki uważa za odpowiedni podział na wrzody przyodźwiernikowe, leżące w pobliżu odźwiernika, a opisane przez francuskich autorów jeszcze przed amerykańskimi, i wrzody, położone w części zstępującej i w najniższej części dwunastnicy. O ile w pierwszych przypadkach objawy są zbliżone do wrzodu żołądka i przebiegają z nadmiernem kwaśnem wydzielaniem żołądkowem, o tyle drugim towarzyszy nadmierne wydzielanie dwunastnicze, dające się oznaczyć zapomocą zgłębnika dwunastniczego. Są one powikłane bardzo często ze sprawami chorobowemi w drogach żółciowych i oddziałują prócz tego jeszcze na trzustkę, czego dowodem pojawienie się cukru w moczu i kwasów glukuronowych. Wrzody niżej położone powikłane bywają częściej krwawieniem, niż wrzody przyodźwiernikowe i dają znacznie od nich mniejszą bolesność w obrazie klinicznym. Leczy się wrzody dwunastnicy metodą francuską, to jest dyetą tłuszczową w kombinacyi z dużemi dawkami atropiny. Nie leczy się jednak tak łatwo, ustępowanie bowiem objawów niezawsze jest wyrazem wyleczenia, ale związane jest bardzo często z pewną peryodycznością objawów klinicznych, jak krwawieniem, występującem często w toku tej choroby. Mowca zwraca uwagę na badanie promieniami Röntgena w kombinacyi ze zgłębnikiem dwunastniczym, metodą stosowaną przez Holzknechta. W końcu wspomina, że wrzody dwunastnicy mogą się zdarzyć na tle trofoneurotycznem i przytacza odpowiednie przypadki.

d) Kol. Nowaczyński nie spotykał przeczulic skórnych, ani też nie przypisałby im większego znaczenia ze względu na to, że mogą się one zdarzyć i w toku nerwic żołądkowych i utrudniać jeszcze rozpoznanie. W dolnych częściach dwunastnicy wrzody występują niesłychanie rzadko, tak, że wyłączanie ich jako odrębnej jednostki nie ma dostatecznego uzasadnienia w spostrzeżeniach klinicznych.

Posiedzenie dnia 7. lutego 1917.

Przewodniczy prezes kol. Ciechanowski. Obecnych członków 56.

1) Przed przystąpieniem do porządku dziennego prezes wygłosił wspomnienie pośmiertne o zgasłym nagle w Częstochowie ś. p. Dr Władysławie Biegańskim. Przemówienia wysłuchali obecni stojąc.

2) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

3) Kol. Prof. Dr Piltz wygłosił wykład: **O nerwicach wojennych i ich leczeniu na podstawie własnych spostrzeżeń z przedstawieniem chorych i demonstracyą kinematograficzną.**

Z ogromnego materyału, jakim obecnie rozporządza klinika neurologiczna, większą część stanowią chorzy z nerwicami. Ująć się dają w 4 grupy: 1⁰ neurastenia, powstająca na tle przemęczenia i wyczerpania z powodu nadmiernego wysiłku układu nerwowego, 2⁰ histero-neurastenia, 3⁰ histero-hipochondrya i 4⁰ histerya, powstająca najczęściej na tle urazów fizycznych i psychicznych przy obciążeniu dziedzicznem i pewnej wrodzonej fizycznej i psychicznej mniejwartościowości. Na ich tle przychodzi w czasie wojny częściej, niż w czasie pokoju, do rozmaitych objawów porażenia lub podrażnienia układu nerwowego, jak histeryczna ślepota, głuchota, niemota, bezgłos, motoryczne porażenia, drżenia, klonizmy, mimowolne moczenie, depresye, podniecenia lub zamroczenia. Są to wszystko objawy istniejacej już przedtem histeryi. Poszczególne objawy występują albo pojedynczo, albo w związku z innymi, nagle albo powoli, na froncie i na tyłach. Jako przyczynę choroby podają chorzy rozmaite zdarzenia, jak eksplozyę granatu, przeziębienie, różne choroby wewnętrzne, przeciągi i t. d.; okoliczności te mają znaczenie tylko czynnika wyzwalającego, właściwa droga powstawania histerycznych objawów jest jednak czysto psychologiczna, mianowicie powstają one wskutek patologicznej autosuggestyi, która się do tych czynników wyzwalających dołącza. Wybitną rolę przy powstawaniu objawów histerycznych gra infekcya psychiczna, czasem fiksacya, tj. utrwalenie jednego lub więcej objawów t. zw. »neurotycznego symptomo-kompleksu strachu«, polegającego na wzmożonej wrażliwości zmysłów, przyśpieszeniu akcyi serca, niepokoju i t. p. objawach. U zdrowych ludzi ten kompleks objawów rychło ustępuje, natomiast u osób psychopatycznych następuje na drodze patologicznej autosuggestyi utrwalenie jednego lub kilku z tych objawów. Odpowiednio leczone objawy te szybko ustępują, przy niewłaściwem postępowaniu te objawy nietylko się ustalają, ale dołączają się do nich nowe.

Leczenie tych spraw wymaga bardzo dokładnej znajomości zarówno wywiadów, jak i obecnego stanu chorego. Ma ono na celu: 1) usunięcie histerycznych objawów, 2) wywarcie dodatniego wpływu na psychopatyczną konstytucyę chorego. Najważniejszą metodą leczniczą przy daleko idącej indywidualizacyi jest psychoterapia; mniejsze znaczenie ma elektroterapia, jako pewien rodzaj działania suggestyi; hypnoza czasem nawet jest szkodliwa. Często trzeba uwagę chorego odwrócić od objawów chorobowych, zmuszając go jednocześnie do odruchowych ruchów porażonych histerycznie kończyn. Leczenie rzadko ma skutek prawie natychmiastowy, częściej wymaga długiego czasu. Wyniki dodatnie u jednych chorych wywierają drogą psychicznej infekcyi zbawienny nieraz wpływ na innych chorych. Gdzie metody łagodne zawodzą, uciekać się trzeba nieraz do metod, dla chorego bardzo przykrych (odosobnienie, przeniesienie na oddział dla niespokojnych umysłowo chorych, prądy faradyczne znacznego stopnia i t. p.). Żadna z bardzo wielu metod leczenia nie ma działania swoistego, są one niejako vehiculum, na którem czynnik psychiczny w formie suggestyi lub autosuggestyi dostaje się do chorej duszy histeryka. Przytem usuwa się tylko objawy, histeryi jednak, jako wrodzonego stanu patologicznego, nie usuwa się. Chorzy jednak odzyskują już przez samo usunięcie objawów zdolność do pracy. Aby utrwalić wynik leczenia, konieczne jest leczenie następowe w formie zajmowania chorych n. p. pracą fizyczną i t. d. Co do zdolności do służby wojskowej, to wielu chorych staje się zdolnymi do służby pomocniczej, a nawet frontowej, część z powodu psychopatycznej konstytucyi musi być uznana za niezdolną do żadnej służby wojskowej. (Wykład ten będzie w oryginale ogłoszony drukiem).

Po wykładzie przedstawił prelegent około 20 chorych wyleczonych, pokazując równocześnie zapomocą zdjęć kinematograficznych ich stan przy przyjęciu do kliniki.

Z powodu spóźnionej pory (8 h 45) odłożono dyskusyę do następnego zebrania.

Zastępca sekretarza dorocznego: Dr Michejda.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Komisya Towarzystwa lekarskiego krakowskiego prosi wszystkich Kolegów o przyspieszenie odpowiedzi na kwestyonaryusz w sprawie pojawiania się i częstości wśród ludności cywilnej (dorosłych i dzieci) zboczeń chorobowych, zawisłych od niedostatecznego lub nieodpowiedniego pożywienia.

Wstępna ankieta w tej sprawie w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 9. V. b. r. wykazała konieczność zebrania wiadomości z większego obszaru i ile możności w cyfrach.

Komisya uprasza wszystkich Kolegów, którzy zboczenia

takie spostrzegali, o przesłanie swych spostrzeżeń niezwłocznie pod adresem: Towarzystwo lekarskie, Kraków, ul. Radziwiłłowska 4. — Ile możności pożądane jest podanie liczby przypadków w cyfrach bezwzględnych i procentowych, i to porównawczo z pierwszego kwartału roku 1914, oraz tegoż kwartału r. 1916 i tegoż kwartału r. 1917.

Chodzi o następujące sprawy: 1) Zaburzenia trawienia (nieżyty, zatrucia, żółtaczka niezakaźna i t. p.; stan zębów i jamy ustnej). 2) Zaburzenia odżywcze ogólne (niedokrwistość, wychudzenie, skazy; cierpienia skórne; zboczenia nerwowe). 3) Puchlina głodowa (czy ze zwolnieniem tętna, czy były zmiany w zakresie nerwów obwodowych). 4) Częstość i przebieg gruźlicy i zołzów. 5) Obecne warunki sztucznego żywienia osesków i wpływ ich na stan zdrowotny. 6) Kurza ślepota z wycieńczenia (hemeralopia ex inanitione; czy ze zeskórnieniem [xerosis] spojówki). 7) Częstość i przebieg zaćmy (cataracta). 8) Częstość rozmiękninia rogówki (keratomalacia) u dzieci. 9) Zboczenia miesiączki (amenorrhoea ex inanitione). 10) Czy nie zauważono innych jeszcze zboczeń i jakie? 11) Jakim przyczynom należy przypisać spostrzegane zboczenia (niedostateczne pożywienie, gorsza jakość, surogaty, trujące dodatki). 12) Wpływ na śmiertelność.

Do komisyi należą kol.: Blassberg, Bier, Ciechanowski, Latkowski, Lang, Majewski, Marcisiewicz, Nitsch, Schneider, Zubrzycki.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 6. VI. b. r. posiedzenie, na którem prof. Kader przedstawił chorych ze swej kliniki, poczem odbył się ciąg dalszy narad w sprawie gruźlicy, rozpoczęty referatem doc. Dr Janiszewskiego. W dyskusyi uczestniczyli kol. prof. Ciechanowski, Kader, dyr. Lang, Dr Michałowicz i doc. Janiszewski, poczem uchwalono wnioski referentów.

Następne posiedzenie odbędzie się we środę d. 13. VI. b. r.

— Wydział lekarski krakowski habilitował Dr Karola Brudzewskiego na docenta okulistyki.

— Prof. Dr Wachholz ukończył opracowanie nowego podręcznika medycyny sądowej.

— W najbliższym czasie wyjdzie z druku nakładem Akademii Umiejętności drugie wydanie I Tomu »Anatomii człowieka« ś. p. prof. Bochenka. W wydaniu tem przerobione zostało według obecnie przyjętych zasad słownictwo przez prof. Dr Ciechanowskiego, który też nowe wydanie prowadził.

— Na tablicę pamiątkową ś. p. doc. Dr Droby złożyli w dalszym ciągu w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«: prym. radca Dr Krokiewicz 10 kor., prof. Dr Krzyształowicz 28 kor.

— Budowa miejskich zakładów sanitarnych na Prądniku białym dobiega końca. W zakładach tych ma być m. i. urządzone sanatoryum dla chorych na gruźlicę, w którem na razie ma być pomieszczonych 86 żołnierzy kosztem Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami.

— Izba lekarska podaje do wiadomości następującą odezwę do ludności kraju:

Jego Cesarsko-Królewska Mość Cesarz Karol I. raczył wystosować do Pana Ministra Skarbu następujący telegram: »Przyjąłem do wiadomości sprawozdanie Pańskie o przygotowaniach do VI. pożyczki wojennej. Myśląc z wdzięcznością o nadzwyczajnym udziale wszystkich posiadających warstw ludności w dotychczasowych pożyczkach wojennych, wyrażam nadzieję, że kapitał austryacki i szerokie koła publiczności, gromadzące swe oszczędności, w obecnym, nadzwyczaj ważnym dla zakończenia wojny okresie złożą ponownie w całej pełni dowód naszej niezłomnej siły finansowej i niezachwianej naszej stanowczości. Ja sam subskrybuję 12 milionów na VI. pożyczkę wojenną. — Karol w. r.«.

Podając do powszechnej wiadomości z najżywszą radością ten wyraz podzięki Monarszej dla ludności z powodu jej udziału w poprzednich pożyczkach wojennych, żywię niezawodną ufność, że cała ludność kraju działając w myśl intencyi Najjaśniejszego Pana, wyrażonej w dalszym tekscie telegramu, w niezmniejszo-

nem poczuciu obowiązku względem Państwa i świadoma ważności obecnej chwili, przystąpi jak najliczniej do otwartej z dniem 10. maja subskrypcyi VI. pożyczki wojennej. C. k. Namiestnik: Huyn G. K.

Lwów. Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza: »Wskutek powołania wielu lekarzy do czynnej służby wojskowej, zostały czasowo opróżnione zajmowane przez nich posady w publicznej służbie zdrowia, jak posady lekarzy okręgowych, miejskich, Kas chorych i t. d. Izba lekarska zwraca uwagę lekarzy, starających się o opróżnione w ten sposób posady, że obejmowanie ich dopuszczalne jest tylko zastępczo t. j. na czas służby wojskowej odnośnych lekarzy. Objęcie takiej posady w charakterze stałym, musiałaby Izba uważać za niewłaściwe i przeciw obejmującym je postąpić w myśl przepisów. We Lwowie, dnia 2. czerwca 1917. Prezydent Izby: Dr Papée«.

Warszawa. Kursa dla lekarzy urzędowych polskich otwarto 1. VI. w Uniwersytecie warszawskim w obecności przedstawicieli Rady Stanu, Rady miejskiej, Uniwersytetu i rządów okupacyjnych. Kursa otworzył przemową niemiecką Dr Frey, radca lekarski generałgubernatorstwa warszawskiego, poczem przemawiał dyrektor Departamentu spraw wewn. Rady Stanu p. Łempicki i Rektor Uniwersytetu prof. Brudziński.

— Wydział szpitalnictwa m. Warszawy urządza 15. VI. jednodniowy spis znajdujących się w szpitalach i ambulatoryach chorych na dur brzuszny i plamisty, gruźlicę, cierpienia na tle wyniszczenia (puchlina i t. p.), wreszcie świerzb i wszawicę. (Gaz. lek. 22).

— Na zarządzenie policyi mają być w ciągu lata b. r. w Warszawie zaszczepione krowianką wszystkie osoby, nie szczepione w ciągu 2 lat ostatnich.

Lublin. Lubelskie Towarzystwo walki z gruźlicą liczyło w r. 1916 (siódmym istnienia) 219 członków, utrzymywało od r. 1911 przychodnię, kierowaną zrazu przez Dr Wąsowskiego, a obecnie przez Dr Garbaczewskiego, pod której opieką znajdowało się dotychczas 596 osób, oraz kolonię letnią w Krasieninie dla 75 dzieci zagrożonych gruźlicą. Dochody Towarzystwa wynosiły w r. 1916 rb. 3836, wydatki rb. 3691, fundusz na budowę sanatoryum doszedł rb. 13.273·50, a kapitał zapasowy rb. 1862. Przewodniczącą Towarzystwa jest p. Róża Mączewska, która wspólnie z Dr Kiełczewskim założyła Towarzystwo.

Z różnych stron. Faktem pierwszorzędnej doniosłości jest utworzenie austryackiego ministerstwa zdrowotności publicznej i opieki społecznej, pierwszego w Europie zachodniej. Powstaje ono na zasadzie pisma odręcznego Cesarza Karola, »aby wedle możności zapobiedz ubytkowi siły populacyjnej, wywołanemu przez długą wojnę«. Zakres działania ministerstwa obejmuje oprócz spraw zdrowia publicznego, zwalczania zaraz wojennych i opieki nad ofiarami wojny, całe pole higieny społecznej, opiekę nad młodzieżą, kwestyę mieszkaniową i ubezpieczenia społeczne. Zakres ten oznaczy dokładniej ustawa, która będzie przedłożona parlamentowi. Pracami około niej kieruje b. minister Bärnreiter.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie Lubelskiego Towarzystwa walki z gruźlicą za r. 1916. (Lublin 1917).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 13. czerwca** 1917 o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym odczyt prof. Dr Wachholza: Z sądowolekarskich zagadnień seksualnych.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.